

区分	<input checked="" type="radio"/>	学校管理下外を補償する共済
	<input type="radio"/>	PTA活動中を補償する共済 PTA活動の行事名 ( )

報告日 2024 年 6 月 15 日

## 事故報告書

治療が終わりましたら「共済金請求書  
兼治療申告書」を提出してください

下記の通り 事故を報告します。

1	被共済者 (受傷者)	氏名	フリガナ オオドオリ ハナコ <b>大通 花子</b>	2012年 10 月 10 日生 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) (11)才
		住所	南区 西3条東3丁目1-1	
		所属 学校名	札幌市立 <b>大通小</b> 学校(幼稚園)	6 年
		保護者(報告者)氏名 * 受傷者が学童の場合のみ記入	フリガナ オオドオリ ジロウ <b>大通 次郎</b>	
2	事故の状況	事故の日時	2024年 6 月 6 日(木) 曜日 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 5 時 00 分頃	
		事故の場所	南区西6条北9丁目2-2 中央公園	
		事故が発生した原因と 状況	公園で遊んでいた際、 <u>転倒して左腕を骨折した。</u> 少年団・クラブチーム名:	
3	受傷した 部位	<b>足首</b>	傷病名 又は症状	<b>骨折</b>
4	治療の 見込みと 医療機関	治療の形態 ( 入院 ・ <input checked="" type="radio"/> 通院 ・ 手術 )	治療の見込み期間* _____日 ・ _____ヶ月間	医療機関名 <u>花丸病院</u>

※日数条件をご確認ください。

学校管理下を補償する共済 <右図参照>

けがの発生日から起算して3日目以降においても、  
共済金の支払いを受けるべき状態にある場合。

PTA活動中を補償する共済

日数条件はありません。

例)9/1にけがをした場合

○=入・通院日

	9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	
例1	○					対象外
例2	○	○				対象外
例3	○	○	○			対象
例4	○		○			対象
例5			○			対象
例6					○	対象

FAX番号は単位PTAでご記入ください

学校FAX番号 **1 2 3 - 4 5 6 7**

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただいた個人情報は、札幌市PTA共済会が事務手続きのためにのみ使用し、それ以外には使用いたしません。

請求時には領収書または診療明細書のコピーが必要となります(入院を伴う手術の場合は診断書)